Lane Medical Library

Ueber Exstirpation vereiterter Ovarialtumoren.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und nebst den beigefügten Thesen öffentlich verteidigt

am Mittwoch den 8. August 1900, vormittags 1/2 12 Uhr

von

Albert Lauf
prakt. Arzt.

Opponenten:
Herr **Ernst Schrempf**, prakt. Arzt.
Herr **Conrad Siebert**, cand. med.

Königsberg i. Pr.
Buch- und Steindruckerei von M. Liedtke.
1900.

Meiner lieben Mutter.

Die Behandlung vereiterter Ovarialtumoren bestand bis zu den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in der „Punction mit nachherigem Liegenlassen eines permanenten elastischen Katheters.“ Durch Ausspülen des Sackes mit Jod- resp. Höllensteinlösungen wurde derselbe dann zur Schrumpfung und Vernarbung gebracht. Ob die Punction von den Bauchdecken oder von der Scheide aus gemacht werden sollte, darüber waren die Ansichten geteilt. Von der Scheide aus zu punctiren hatte den Vorteil, dass man am tiefsten Punkte einstach. Doch konnte man hier den Tumor erstens nicht immer gut erreichen, ferner war die Ausspülung von unten her nur mangelhaft und schliesslich war ein Erfolg hier nur bei einkammrigen Cysten zu erwarten, da das Eindringen in eine weitere Cyste zum mindesten sehr gefährlich, wenn eben nicht unmöglich war. Die Punction von den Bauchdecken hatte daher mehr Anhänger, obwohl hierbei wiederum die Gefahr der Peritonitis gross war, infolge des kaum vermeidlichen Austritts von Cysteninhalt in die Bauchöhle. Bisweilen traf man allerdings den günstigen Fall an, dass der Tumor mit der Bauchwand verklebt war; auch versuchte man eine solche Verklebung erst künstlich herbeizuführen, so dass darauf erst viel Zeit verwendet werden musste. Bryant hat den Cystensack in die Bauch-

wunde eingenäht und ihn allmählich schrumpfen lassen. Dies gelang ihm auch, nachdem sich seine Patientin allerdings 2 Jahre mit einer Eiter secernirenden Bauchfistel hatte herumtragen müssen. Immer jedoch mussten sie Wochen selbst Monate bestehen, bis eine Heilung eintrat. In vorgeschrittenen Fällen bei starkem Kräfteverfall war daher diese langwierige Behandlungsmethode überhaupt hoffnungslos. Das war also ein höchst trauriger Zustand, der dringend der Abhilfe bedurfte. Keith war der erste, der sich bei vereitertem Ovarialtumor an die Totalexstirpation per Laparotomiam heranwagte und die Ansicht aussprach, dass Eiterung von Ovarialcysten eine unbedingte Indication zur Exstirpation derselben sei. Verzweifelte oft absolut hoffnungslos erscheinende Fälle führte er dadurch noch der Genesung zu. Ihm folgte 1867 Veit, indem er bei spontaner Supparation die Exstirpation des ganzen Tumors vornahm. Obwohl nun seine Patientin am fünften Tage nach der Operation starb, spricht Veit sich doch für dieselbe als einzig richtige Behandlungsmethode aus. Denn erstens meint Veit, „waren die Kräfte der Patientin bereits so weit gesunken, dass die Fortdauer der Eiterung und des hektischen Fiebers, daher auch die Punction mit nachträglichem Liegenlassen des Catheters, eine schnelle Consumption in Aussicht stellte, während die Entfernung des ganzen Eiterherdes wenigstens noch einen Schimmer von Hoffnung auf Genesung übrig liess.“ Sodann spricht noch ein anderer Umstand zu Gunsten der Ovariotomie. Hinter der grossen Cyste befand sich noch eine kleinere, die eben-

falls eitrigen Inhalt hatte; „bei der Punction mit Liegenlassen des Katheters wäre daher nur einer der vorhandenen Eiterherde entleert worden," Als dritten Grund für die Bevorzugnng der Ovariotomie führt Veit den Umstand an, dass sich in den Cystensäcken bisweilen „umfangreiche Tochtercysten und Wucherungen finden, deren Elimination auf dem Wege der Eiterung so langsam erfolgt, dass eine Genesung der Kranken kaum gedacht werden kann." Durch das Vorbild dieser beiden Autoren angeregt, entschloss sich dann auch Freund 1871 bei einer Cysteneiterung mit bereits eingetretener Peritonitis die Ovariotomie zu machen und erzielte ein günstiges Resultat. Seitdem ist die Exstirpation vereiterter Ovarialtumoren auch von anderen Operateuren vielfach ausgeführt und nunmehr die einzige übliche Behandlungsmethode, wenn auch die Details der Operation nicht vollständig übereinstimmend sein mögen. W. Pittha berichtet aus der böhmischen Frauenklinik des Herrn Professor Pawlik aus Prag über einen Fall von Exstirpation einer vereiterten Dermoidcyste, wobei er von der Vagina aus, als dem tiefsten Punkt des Tumors, diesen eröffnete und den Eiter abliess. Nach Ausspülung der Höhle mit gekochtem destillirtem Wasser ergab sich aber bei der digitalen Untersuchung, dass die Cyste multiloculär war und auf einer Seite festere, knorpelharte, ziemlich umfangreiche Partieen sich befanden, die eine vaginale Exstirpation nicht zuliessen. Daher musste sofort zur Eröffnung der Bauchhöhle geschritten und der Tumor auf diesem Wege exstirpirt werden.

In folgendem will ich nun mit gütiger Erlaubnis

des Herrn Professor Dr. Winter 11 Fälle von Exstirpation vereiterter Ovarialtumoren aus der hiesigen königlichen Universitäts-Frauenklinik veröffentlichen, an deren Hand ich den klinischen Verlauf der Fälle und ihre Therapie besprechen möchte.

Fall 1.

Louise B., Arbeiterin, 39 Jahre alt, bis vor 2 Jahren stets gesund gewesen. Seit dem 16 Lebensjahre ist sie unregelmässig in 4- bis 6-wöchentlichen Intervallen menstruiert worden. Letzte Regel vor einem Jahr. Vor 13 Jahren machte sie eine normale Entbindung durch. Vor ca. zwei Jahren empfand Patientin bei der Arbeit plötzlich heftigen Schmerz im Unterleib, worauf sie 8 Tage zu Bett lag. Seitdem fortwährend Schmerzen, zunächst noch erträglich, seit dem letzten halben Jahr aber sehr heftig, so dass Patientin meist zu Bett liegen musste. Temperatur war fieberhaft, Patientin ist allmählich immer schwächer geworden.

Status präsens am 2./II. 98. Mässig kräftig gebaute, schlecht genährte Frau mit geringen Oedemen beider Unterschenkel. Brustorgane normal. Abdomen etwas aufgetrieben durch einen etwa doppelt-kindskopfgrossen, gut beweglichen, etwas druckempfindlichen, der Hauptsache nach cystischen Tumor, der aus dem kleinen Becken entspringt und dessen Kuppe in Nabelhöhe steht. Ueber dem Tumor tympanitischer Percussionsschall. Inguinaldrüsen ein wenig geschwollen.

In den mässig weiten Introitus tritt bei starkem Pressen ein kleines Stück der vordern und hintern

Vaginalwand. Vagina mässig weit, Portio sehr kurz, Uterus liegt retroponiert, ist klein, gut beweglich. Der Tumor scheint von seiner rechten Kante auszugehen. Parametrien frei.

Operation am 9./II. 98. Beckenhochlagerung. Narkose.

Die Eröffnung der Bauchhöhle erfolgt in sehr langsam vorsichtiger Präparation oberhalb des Tumors etwa 2 cm über dem Nabel. Unterhalb des Nabels erweist sich die Bauchhaut unterhalb der Fascie speckig infiltriert. Es gelingt unter vorsichtigem Trennen der Verwachsungen an der linken Seite des Tumors nach unten in die Bauchhöhle zu kommen, so dass der Tumor nur auf der rechten Seite der Bauchwunde anhängt. Dann wird das Netz vorsichtig abgeschoben. Der Tumor berstet an seiner obern Peripherie beim Versuch, ihn vollständlg vor die Bauchwunde zu bringen und entleert übelriechenden, dünnflüssigen Inhalt. Dann lässt sich der Tumor vollständig vor die Bauchdecken bringen. Er erweist sich als der rechten Seite angehörig, der Stiel ist gedreht. Eine Verunreinigung der Bauchhöhle mit grössern Mengen des Inhalts kann vermieden werden. Abbinden des Stiels durch eine Ligatur. Nach Entfernung des Tumors zeigt sich, dass das Bett desselben stark blutet. Das Ovarium der andern Seite ist gesund. Isolierte Peritoneal- und Fasciennaht mit Catgut, 13 Seidenknopfnähte in der äusseren Haut. Operationsdauer 45 Min.

10./II. Patientin macht einen exquisit septischen

Eindruck; Zunge trocken, Atmung frequent, Unruhe, Puls 140 klein, Temp. 38,6°; sie erhält Campher.

11./II. Das Befinden hat sich gebessert, Pulsfrequenz geringer, Auftreibung des Abdomens nicht vorhanden.

17./II. Patientin befindet sich wohl. Beim Verbandwechsel findet sich stark übelriechender Eiter.

19./II. Verbandwechsel, Entfernung einzelner Nähte, die sämtlich feucht sind. Aus den Stichkanälen entleert sich Eiter.

21./II. Verbandwechsel. Entfernung der letzten Nähte; Eiter lässt sich aus den Stichkanälen nicht ausdrücken. Prima intensio der Hautwunde.

24./II Verbandwechsel. Fieber in den letzten Tagen und Schmerzen im Abdomen. Die Temperatursteigerung hält einige Tage an.

2./III. Temperatur normal, Patientin fühlt sich wohl.

14./III. Das Befinden ist andauernd gut, so dass Patientin heute die Klinik verlässt.

Der exstirpirte Tumor ist gut kindskopfgross. Sein Inhalt bestand aus gelbem, äusserst übelriechendem Eiter. Die Oberfläche ist zum Teil blass, zum grössten Teil mit Suggillationen bedeckt, welche durch die Lösung von Adhäsionen entstanden sind. Die Wand ist grösstenteils recht dick, über $^1/_2$ cm, nur an einzelnen Stellen etwas verdünnt und brüchig. Die Tube ist etwas in die Länge gezogen, nicht weiter verändert. Die Innenfläche der Cyste sieht wie eine Abscessmembran aus, ist mit Granulationen bedeckt, die nur zum Teil

rötlich aussehen, grösstenteils einen graugelben Belag zeigen. Auf der Innenseite befindet sich ein hartes Knötchen und beim Einschneiden zeigt es sich, dass es sich um ein Knochenstück handelt. Eine andere Stelle ist mit Haaren bewachsen. Der Tumor ist darnach dermoider Natur.

Das mikroskopische Bild der Tumorwand zeigt an der Innenfläche vollständig mikroskopisches Gewebe, weiterhin Rundzelleninfiltrationen und an einigen Stellen Blutpigment.

Die Tube ist nur am abdominalen Ende ergriffen, wo das Epithel in geringem Grade nekrotisch ist.

Fall II.

Martha W., 27 Jahre alt, früher im Allgemeinen gesund. Menses, seit dem 16. Lebensjahre stets gut, vierwöchentlich, 4—6tägig, mit Schmerzen im Unterleib kein Abort. Letzte Regel vor 4 Tagen.

Im Januar, also vor sechs Monaten, hatte sich Pat. wegen Aufgetriebensein des Leibes und Stuhlverstopfung an einen Arzt gewandt. Derselbe sagte ihr, sie habe eine Geschwulst im Leibe, welche aber vorläufig noch nicht operabel sei, und behandelte sie mit Ichthyolglycerintampons und Massage. Jetzt wurde Patient von dem Arzt behufs Operation hierhergeschickt. Ausser bei den Menses hat sie keine Schmerzen. Aus dem Rectum entleert sich angeblich seit zwei Jahren eitriger Ausfluss, kein Fluor, Urin normal.

Status paraesens am 4. VII. 98. Abdomen flach. In der Gegend über der Symphyse, etwas mehr

nach links, fühlt man die Kuppe eines Tumors, welcher aus dem kleinen Becken aufsteigend ohne eigene Beweglichkeit ist, Introitus und vagina eng, Portio nach hinten gerichtet. Die Lage des Uterus lässt sich mit Sicherheit nicht feststellen, die Portio scheint unmittelbar in einen sich cystisch anfühlenden Tumor überzugehen, der den Bewegungen der Portio unmittelbar folgt. Das linke Parametrium ist dabei infiltrirt bis zur Beckenwand heran. Das rechte Parametrium frei. Vom Rectum aus fühlt man das linke Parametrium derb infiltrirt, kammartig vorspringend, Unmittelbar hinter der Kohlrauschschen Falte an der vordern Rectalwand scheint sich ein Defect zu befinden, an der Stelle, an welcher der Tumor sich besonders hart anfühlt und dicht bis ans Rectum herangeht.

Operation am 18. VII. 98. Eröffnung der Bauchhöhle durch grossen, über den Nabel reichenden Schnitt. Vom Netz etwas überdeckt, stellt sich links ein cystischer Ovarialtumor ein, welcher in breiter Verwachsung mit der linken Tube sich befindet. Beide Tuben stark verdickt, liegen mit ihren abdominalen Enden dicht neben einander hinter dem Uterus und in breiter Verbindung mit der vordern Wand der Flexura sigmoidea. Doch ist schwer zu unterscheiden, welcher Tumor der mit dem Mastdarm in Communication stehende ist. Beim stumpfen Lösen dieser beiden Tumoren tritt in der Tiefe Eiter aus. Es wird zunächst der linke, aus Tube und Ovarialtumor bestehende, welcher zuerst angestochen wurde, stumpf ausgelöst, ohne dass dabei eine Verunreinigung der Bauchhöhle mit Eiter zu bemerken

ist. Es ergiebt sick, dass dieser Tumor der in den Darm perforirte ist. Eine Perforationsstelle kommt nicht in Sicht, dagegen ist die Umgebung derb infiltrirt. Die rechten Adnexe werden stumpf und scharf von der hinteren Platte der lig. latum abgetrennt, wobei dieselbe auf mehrere cm einreisst. Ebenfalls in mehreren Partieen abgebunden. Keine Blutung. Operationsdauer 42 Minuten.

22. VII. Abdomen infolge Meteorismus aufgebläht. Derselbe macht Pat. grosse Beschwerden. Puls 86, Temp. 37,2.

26. VII. Temperatursteigerung, Puls 120, Temperatur 38,2. Verbandwechsel, Bauchdeckenabscess; circa $^1/_2$ Liter penetrant stinkenden Eiters werden entleert. Ueberführung in die septische Station. Hier erfolgt täglicher Verbandwechsel und Ausdrücken des Eiters

30. VII. Eiterabsonderung geringer. Nach Darreichung von 1 Esslöffel Ricinusöl reichliche Stuhlgänge, in denen kein Eiter enthalten.

15. VIII. Bei täglichem Verbandwechsel ist die Eiterung immer geringer geworden. Die Wundflächen um die Stichkanäle herum verkleinert z. T. überhäutet Aufstehen.

22. VIII. Heilung der Wunden. An zwei Stellen von Borken bedeckt, keine Fistelgänge. Entlassung.

Zwei Tumoren, bestehend aus den verdickten Tuben. Der eine Tumor geht über in eine kleinapfelgrosse Abscesshöhle, die in direkter Communication mit der Tube steht und aus veränderter Tubenwand besteht. An der Tube der andern Seite keine solche isolirte Abscesshöhle nachweisbar.

Fall III.

Zippe S., Kaufmannsfrau, 38 Jahre alt, seit vierzehn Jahren verheiratet. Zweimal geboren, zuletzt vor 12 Jahren, nun seit $1^1/_2$ Jahren Witwe. Periode ist seit 11 Jahren stärker, 5—6tägig. Seit $1^1/_2$ Jahren noch 8—9 Tage nach der Regel Blutflecken. Allmähliche Abnahme der Kräfte. Vor 8 Jahren Curettement, vor 5 Jahren wieder curettiert. Vor 3 Jahren Entzündung im Unterleib, desgleichen wieder eine vor 1 Jahre. Pat. klagt auch jetzt noch links über Schmerzen.

Status praesens am 5. I. 99. Hinter dem kleinen, nach vorne gedrängten Uterus liegt breit, mit dessen hintern Fläche in Verbindung stehend, ein bis fast in die Nabelhöhe reichender cystischer Tumor. Auch die linken Adnexe sind nicht vollkommen frei. Endometrium rauh.

Nach der Untersuchung am 5. I. steigt die Temperatur und der Puls an, um am 9 I. wieder zur Norm zurückzukehren. Der Leib ist nicht druckempfindlich, jedoch stellen sich stechende Schmerzen in der linken Seite (Nierengegend) ein. Nach einem Senfpflaster lassen die Schmerzen allmählich nach.

13. I. Stuhlgang vermittels Ricinusöl erzielt. Die Temperatur steigt wieder allmählich an. Abdomen treibt stark auf und ist äusserst druckempfindlich, besonders rechts; dabei scheint es, als ob der Tumor grösser wurde. 3 Opiumsupp. (0,06) in 24 Std.

17. I. Trotz Opium und strenger Diät (Haferschleim, Eier, Wein) nimmt der Meteorismus zu. Häufiges Aufstossen, kein Erbrechen. Temp. 39, Puls 112.

22. I. Pat. muss katheterisiert werden. Trotzdem Puls uud Temperatur etwas abfallen, hat sich das Allgemeinbefinden doch so sehr verschlechtert, dass bei bestehender Peritonitis als indicatio vitalis die Operation beschlossen wird.

Operation am 23. I. 99. Bei Eröffnung der Bauchhöhle durch Schnitt links vom Nabel bis zur Symphyse, erscheinen im obern Teil geblähte Darmschlingen, im untern Teil ein Tumor von missfarbener Oberfläche, mit welchem die Därme breit verwachsen sind. Da ein Platzen des Tumors bei Ablösung derselben nicht zu vermeiden zu sein scheint, wird Beckentieflagerung gemacht, worauf der Tumor angestochen wird. Es entleert sich ein brauner, stinkender, eitriger Inhalt, die Innenwand des Tumors ist missfarben. Bei der Loslösung reisst der Tumor in seinen untern Partieen ein. Nachdem er freigemacht ist, erweist er sich als ein rechtsseitiger Tuboavarialtumor. Er wird abgebunden, worauf in der Tiefe des Beckens noch ein zweiter Tumor erscheint, von dessen Extirpation Abstand genommen wird. Soweit die Därme sichtbar, sind sie gerötet und untereinander verklebt durch fibrinöse Auflagerungen; eitrige Membranen sind nicht vorhanden. Das Querkolon ist stark meteoristisch aufgetrieben. Operationsdauer 32 Min.

25. I. Temp. 38,4. Puls 120. Starker Meteorismus, kein Erbrechen, 5mal katheterisiert.

27. I. Stuhl vermittels Klysma dünnflüssig, sehr übelriechend. Temperatur und Puls fallen ab. Uebelkeit, Aufstossen, Meteorismus doch ohne Schmerzhaftigkeit des Leibes.

4. II. Entfernung der Nähte. Im untern Drittel eitern einige Stichkanäle. Um die Narbe an dieser Stelle Infiltration, aus der sich auf Druck serös-eitrige Flüssigkeit entleert. Beim Herausnehmen der Fäden klafft die Wunde an 2 Stellen und sehr reichlicher Eiter entleert sich. Der Verband wird häufig gewechselt und die beiden Wunden, die sich zu einer vereinigen, mit Jodoformgaze tamponiert.

21. II. Eine stecknadelkopfgrosse Fistel in der Fascie wird mit dem Pacquelin sorgfältig verschorft und nach Anfrischung der Wundränder in Narkose eine Secundärnaht angelegt, die per primam intentionem heilt. Wieder einige Male Katheterismus. Da der Urin trübe ist, wird Urotropin verabfolgt.

10. III. Pat. steht auf; am 11. III. tritt eine ziemlich starke Blutung auf, daher wieder Bettruhe und Stypticin. Urin klar.

20. III. Narbe ist gut geheilt. Der Uterus liegt etwas sinistrovertirt. Linkes Parametrium frei. Rechts liegt ein circa faustgrosser, unbeweglicher, von Exsudat umgebener praller Tumor, der bis an die Beckenwand herangeht.

22. III. Entlassung.

Ueber der vielfach zerfetzten Tumorwand verläuft die auf Bleifederdicke verdickte Tube. Dieselbe enthält bräunlichen Eiter. Der Tumor selbst enthielt übelriechende, rötlich gefärbte, eitrige Flüssigkeit.

Fall IV.

Erdmunde Sch., Böttchermeisterfrau, 35 Jahre alt. Als Kind immer gesund gewesen, später starke Bleichsucht. I. Menses von 25 Jahren, seitdem in ganz unregelmässigen Intervallen von 4 Wochen bis zu einem halben Jahr mit 6—8tägiger mittelmässiger Blutung und starken Schmerzen menstruiert. Seit der Verheiratung vor 7 Jahren soll die Regel häufiger, im Durchschnitt alle 8 Tage bis 4 Wochen aufgetreten und die Blutung stärker geworden sein; bisweilen will Pat. zwei bis drei Wochen geblutet haben. Letzte Regel 22. Oktober 1898. Drei ausgetragene Geburten, letzte 19. November 1896. Kinder leben noch. Im ersten Wochenbett Fieber, Seit der letzten Geburt viermal abortiert, stets ein Arzt dabei gewesen. Nach der zweiten Geburt sollen die Blutungen an Stärke bedeutend zugenommen und sich allmählich noch stetig gesteigert haben. Zehn Monate nach der zweiten Geburt merkte Pat., dass der Leib stärker wurde, darauf soll nach jeder Geburt bezw. Abort der Leib an Umfang zugenommen haben. Infolgedessen wurde sie von ihrem Arzt zur Operation der Klinik überwiesen.

Ferner leidet Pat. an Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schwäche, Schmerzen in den Beinen, Schmerzen beim Urinlassen, vermehrten Harndrang, angehaltenen Stuhlgang. Seit dem 6. Oktober 1897 unregelmässig Eiterabgang aus dem Darm. Während der Herreise am 23. Januar 99 beginnt Pat. zu abortieren.

Status praesens am 24/I. 99. Mittelgrosse, schlecht genährte, anämische Patientin. Vagina weit, Cervicalcanal für die Fingerkuppe zugänglich. Uterus vergrössert durch ein rechts hinten sitzendes kindskopfgrosses Myom, Parametrien frei.

Der Uterus wird in Narkose ausgeräumt und das Wochenbett verläuft fieberlos. Am 3./II. erfolgt Abgang von sehr übelriechendem grünem Eiter per Rectum. Dasselbe wiederholt sich am 13./II. Eine Untersuchung in Narkose ergiebt: Uterus faustgross, links hinten diffuse Verdickung im Bindegewebe. Darmschlingen am Uterus fühlbar. Rechts subseröses Myom, im Anschluss daran diffuse Verdickung der Adnexe.

Operation am 25./II. 99. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen mittellangen Schnitt werden die Genitalien zunächst nicht sichtbar, da sie mit Dünndarmschlingen vollständig bedeckt sind. Dieselben werden von den Tumoren scharf abgetrennt, ohne dass eine Verletzung dabei eintritt. Hierauf zeigt es sich, dass doppelseitige Tumoren vorhanden sind und zwar ein grösserer rechtsseitiger und ein kleinerer linkssitiger. Aus dem grösseren rechtsseitigen tritt nach Ablösung einer Darmschlinge Eiter aus; ebenso tritt nach Ablösung der Flexur, welche gerade zwischen beiden Tumoren adhaerent ist, Eiter aus, und die vorgezogene Schlinge zeigt eine circa erbsengrosse Perforationsöffnung, in deren Umgebung die Darmwand infiltrirt und suffundiert erscheint. Es werden sodann die Wundränder geglättet und unter Einstülpung der Wand die Oeffnung mit einer doppelten Reihe Seidenknopfnähte invertierend

vernäht. Nachdem es allmählich gelungen ist, den rechtsseitigen Tumor aus seinen breiten Verwachungen mit dem lig. latum freizumachen und das lig. infundibulopelvicum abzubinden, wird der linksseitige Tumor abgelöst. Bei Ablösung der Basis entleert sich aus demselben übelriechender Eiter und lässt sich der Tumor nur mit grosser Mühe scharf von der Uteruswand abtrennen unter Durchschneidung der zwischen ihm und dem Uterus liegenden Exsudatmassen. Die Blase ist bis auf den Fundus adhaerent, lässt sich auch nicht scharf zurückschieben, sondern der Uterus ist hier nur frei zu machen unter Trennung des Peritoneum parietale. Einzelne inficiert erscheinende peritoneale Abschnitte werden dann mit dem Pacquelin verschorft. Links unten im Douglas steht trotz der Verschorfung die Blutung nicht ganz, sodass noch eine Umstechung nötig wird. Operationsdauer 95 Minuten.

Patientin bricht in den nächsten Tagen sehr häufig (einmal auch einen Spulwurm), wobei der Verband nass wird. Starke Schmerzen im Leib ohne Meteorismus. Puls stets regelmässig und ziemlich kräftig ohne abnorme Steigerung.

4./III. Beim Erbrechen entleert sich wiederum eine grössere Flüssigkeitsmenge in den Verband. Abnahme derselben. Bei Druck auf die Umgebung der Narbe entleert sich in einem Strahle bräunliche, missfarbene Flüssigkeit über der ersten Hautnaht am Nabel. Bei Herausnahme dieser Seidennaht klafft sofort die Narbe an dieser Stelle. Darauf entleert sich eine reichliche Menge obenerwähnten Sekrets und es wird der Darm

sichtbar. — Desinfection. — Bei der digitalen Untersuchung ergiebt sich, dass die Fasciennaht und die Peritonealnaht in ihrer ganzen Ausdehnung aufgegangen sind, sodass die lose verklebten Darme direct unter der Haut liegen. Rechts, nach dem kleinen Becken zu, gelangt der Finger in eine circa faustgrosse Höhle, aus welcher die Secretion stammt. Es wird daher in Aethernarkose eine Secundärnaht angelegt. Die Haut, welche nur ganz lose verklebt war, klafft sofort nach Herausnahme der Seidennähte. Darunter erscheinen die mit einander verklebten Därme. Nach oben zu bestehen festere Adhaesionen mit dem Peritoneum parietale. Aus der Höhle im kleinen Becken entleert sich eitrige Flüssigkeit. — Einführen von steriler Gaze in den Sack des intraperitonealen Exsudats. — Naht der Bauchdecken mit durchgreifenden Seidennähten. Die Gaze wird durch den untern Wundwinkel nach aussen geleitet. Der aufliegende Verband wird täglich erneuert. Die Bauchdeckenähte schneiden zwar nach längerer Zeit wieder durch, doch deckt sich die Wunde mit guten Granulationen und heilt. — 21./VI. Entlassung.

Der rechtsseitige Tumor ist apfelgross. An der Oberfläche vielfache zerfetzte Stellen, von Adhaesionslösungen herrührend. Tube verläuft über den Tumor. Auf dem Durchschnitt zeigt es sich, dass der Tumor ein vereitertes Dermoid ist.

Der kleinapfelgrosse linksseitige Tumor ebenso wie rechts. Auf dem Durchschnitt zeigt sich, dass der Tumor aus dem oophoritisch verdickten Ovarium und der in inniger Verlötung mit demselben befindlichen etwas dilatirten Tube besteht.

Fall V.

Anna T.; Gerichtsassistentenfrau, 26 Jahre alt, stets gesund gewesen. I. Menses von 12 Jahren, seitdem regelmässig, 3-wöchentlich, 3—4 tägig mit Schmerzen menstruiert. Seit 1 Jahr verheiratet. Am 16./VII. 1898 spontane Geburt, ausgetragene Frucht. Am Tage darauf wurde vom Arzt eine Geschwulst im Leibe konstatiert. Pat. hat nach ihrer Angabe nach der Geburt zeitweise gefiebert und seitdem wegen andauernder Schwäche grösstenteils das Bett gehütet. 3 Wochen nach der Entbindung traten zwei Tage lang starke Schmerzen im Leibe auf. Da Pat. zur Zeit keine Beschwerden hat, will sie sich keiner Operation unterziehen.

26./IV. Am Entlassungstage 15./III. stellten sich heftige Schmerzen in der linken Seite ein, die 2 Stunden lang anhielten. Pat. fühlte sich dann zu Hause wohl bis zum 18./III. An diesem Tage trat mehrmals Erbrechen auf und Schmerzen in der linken Seite. Das Erbrechen hielt 8 Tage an und liess dann ebenso wie die Schmerzen allmählich nach. Pat. sucht die Klinik auf, da sie bemerkte, dass die Geschwulst grösser geworden ist.

Status praesens. Abdomen vorgetrieben durch einen cystischen Tumor, dessen Kuppe 2 Querfinger breit den Nabel überragt. Introitus und Vagina mässig weit, Portio aufgelockert, nach hinten gerichtet. Uterus nach vorne rechts gedrängt durch einen über ihm liegenden cystischen Tumor, der mit seiner untern Kuppe ins kleine Becken hineinragt, beiderseits an die spin.

ant. sup. herangeht und etwa $^2/_3$ Mannskopf gross ist. Unten ist der Tumor fest verwachsen, oben etwas beweglich.

Operation. 6./V. 99. Eröffnung der Bauchhöhle durch grossen Schnitt. Ein circa $^3/_4$ Mannskopf grosser blauroter Tumor stellt sich ein. Es ist ein linsseitiger Ovarialtumor. Am untern Teil der hintern Peripherie Verwachsungen mit der Flexura sigmoidea, welche unten gegen den Uterus immer dicker werden und in ein derbes Infiltrat übergehen, das breit an der linken Kante des Uterus ansitzt. Scharfe Trennung der Verwachsungen mit der Flexur. Die untern Verbindungen durch Exsudat so fest und diffus, dass Ausschälung nicht möglich ist. Deshalb Einschneiden des Tumors, wobei sich etwa $1^1/_2$ Liter stinkenden Eiters entleeren. Gewaltsames Ausschälen der Tumorbasis unter Zurücklassung einer derb infiltrierten Wandpartie. Eröffnung des linken lig. latum und unabsichtliche Durchschneidung des linken Ureters. Derselbe ist ausserordentlich dünn und sieht aus, wie eine kleine Arterie. Abbinden des Tumors in zwei Partieen, einzelne Umstechungen an der Enucleationsstelle. Um den Ureter und vor allen Dingen die infiltrirten und inficirten Tumorwandpartieen auszuschalten, wird das linke Scheidengewölbe mit der Kornzange durchstossen und ein daumendickes Drain von der Bauchhöhle nach der Vagina hindurchgezogen. Von der Bauchhöhle aus wird das Peritoneum des vordern Blattes des linken lig. latum mit dem Peritoneum der Flexur vernäht. An Tube und Eierstock frische eitrige Membranen. Lateraler Teil der Tube oedematös und hyperämisch. Deshalb Abbinden

der Adnexe in 2 Partieen. Eine Verunreinigung des Bauchfells mit Eitermassen wird zu vermeiden gesucht, gelingt aber nicht. Operationsdauer 60 Min.

Gleich nach der Operation ist der Puls sehr klein. Pat. klagt über grosse Schmerzen im Abdomen. Erbrechen ist nicht aufgetreten. Temperatur unter der Norm, Puls ca. 140. Da sich im Laufe der Nacht der Puls dauernd verschlechtert, erhält Pat. 2stündlich eine Campherinjection und zwei Weinklystiere, von welchen jedoch nur eine geringe Quantität im Rectum bleibt. Nach Darreichung von Wein per os war Uebelkeit aufgetreten.

7. V. Das Befinden verschlechtert sich zusehends. Durch Katheterismus sind morgens nur 10 ccm Urin entleert worden. Durch das Drain sind nur Blutgerinnsel abgegangen. Die vollkommen darniederliegende Herzthätigkeit (170 Pulse) kann durch Excitantien nicht mehr belebt werden. Unter schnellem Verfall tritt 2^{30} p. m. der Exitus ein. — Section verweigert.

Der Tumor besteht aus einem entleerten Cystensack, vor der Entleerung etwa mannskopfgross. Oberfläche von vielfach gelösten Adhaesionen zerfetzt, braunrot. Inhalt etwa 3 Liter grünlich gelblich, stinkender Eiter. Ueber dem Tumor verläuft die etwas verlängerte Tube. Cyste im allgemeinen einkammrig; Innenwand von blutig schmierig, eitrigen Massen bedeckt.

Fall VI.

Karoline P., 31 Jahre alt. I. Menses mit 17 Jahren, seitdem regelmässig vierwöchentlich, mit acht-

tägiger starker Blutung unter mässigen Schmerzen menstruirt. Letzte Regel vor 18 Tagen. Seit 4 Jahren verheiratet, keine Geburt, kein Abort. Im November 1898 erkrankte Patientin unter Fieber, linksseitigen Leibschmerzen, Erbrechen; es stellte sich bald darauf ein gelblicher Ausfluss ein und brennende Schmerzen beim Urinlassen. Patientin wurde ärztlich sechs Wochen mit Ichthyoltampons und Kochsalzumschlägen behandelt, worauf Schmerzen und Ausfluss aufhörten. Im Mai 99 erkrankte Patientin nach einer Dampferfahrt, bei der sie sich eine Erkältung zugezogen haben soll, wieder mit starken linksseitigen Leibschmerzen, Kreuz- und Kopfschmerzen. Nach 2—3 Tagen nahmen die Schmerzen im Leibe zu und Patientin bekam wieder gelblichen Ausfluss und Brennen beim Urinlassen. Es wurden Jodtampons und Scheidenspülungen mit Wasser von 40 ° verordnet, ohne dass die Schmerzen nachgelassen hätten; nur der Ausfluss soll schwächer geworden sein. Bei den Scheidenspülungen sollen weissliche, eiterähnliche Flocken abgegangen sein.

Status praesens am 18./VII. 99. Innenfläche der Oberschenkel gerötet, ebenso die Vulva. Aus der Urethra kein Sekret ausdrückbar. Introitus und Vagina mässig weit, Portio nach vorne gerichtet. Uterus retroflectiert. Links von ihm liegt ein etwa gänseeigrosser cystischer Tumor von geringer Beweglichkeit, der auf Druck empfindlich ist. Er lässt sich vom Uterus deutlich abgrenzen. Rechtes Parametrium und Adnexe vollkommen frei.

Operation am 31./VII. 99. Schnitt bis zum

Nabel. Rechts neben dem Uterus in Adhaesionen vollkommen eingebettet ein zum Teil von Peritoneum überzogener, mittelapfelgrosser cystischer Tumor. Teils scharfe, teils stumpfe Trennung der Adhaesionen mit dem Darm. Unterbindung des lig. infundibulo-pelvicum und uterinwärts Umstechung des lig. latum. Exstirpation des Tumors, wobei das lig. latum von hinten her eröffnet wird. Naht des lig. latum. Bauchdeckennaht in drei Schichten.

12./VIII. Nach vollkommen normaler Reconvalescenz Entfernung der Nähte, prima intentio. Im unteren Drittel entleert sich aus einem Stichkanal Eiter. Täglicher Verbandwechsel. Umgebung leicht infiltriert.

21./VIII. Narbe fest consoldirt, Uterus vollkommen frei beweglich, kein Exsudat. — Entlassung.

Apfelgrosser Tumor, glatte Oberfläche, prall cystisch. Auf dem Durchschnitt einkammrig, enthält gelblich grünen eitrigen Inhalt. Die Tube befindet sich am Tumor.

Fall VII.

Elisabeth K., Spannknechtsfrau, 34 Jahre alt. I. Menses mit 16 Jahren, seitdem regelmässig, vierwöchentlich 3—4 tägig, schmerzlos mit viel Blut. Letzte Regel, vor $1^1/_2$ Jahren. Darnach 1 Gravidität und spontane Geburt im Januar 99. Seitdem, also 8 Monate, ist die Menstruation nicht wiedergekehrt. Während der Schwangerschaft zog sich Pat. durch einen Fall eine Senkung zu, die von einem Arzt geheilt wurde. Drei Wochen vor der Entbindung traten plötzliche

Schmerzen im Unterleib auf, die von selber wieder vergingen. Wochenbett fieberfrei. Im März 99 bemerkte sie im Leibe eine Geschwulst, die ihr beim Arbeiten Schmerzen verursachte, und mit der Zeit grösser wurde, Das Kind habe sie im März auch abgesetzt, weil es ihre Milch nicht habe nehmen wollen.

Status praeseus am 4. X, 99. Uterus nicht abgrenzbar; er liegt hinter einem zwei faustgrossen, soliden Tumor, der mit der linken Uteruskante durch einen weichen Stiel verbunden ist. Die Kuppe des Tumors reicht $1^1/_2$ Querfinger unterhalb des Nabels. Der Tumor liegt mit seinem grössten Teil in der rechten Hälfte des Abdomens. Die rechten Adnexe ohne Besonderheiten. Uterushöhle 5 cm lang. Wände atrophisch. Kein Ascites.

Operation am 10. X. 99. Eröffnung der Bauchhöhle durch Schnitt bis an den Nabel. Der Schnitt durchdringt in der unteren Hälfte die speckig infiltrirten Gewebe nicht, oben wird die Bauchhöhle eröffnet. Es stellt sich ein mit Dünndarmschlingen und Netz verwachsener Tumor ein. Scharfe Trennung einer Darmschlinge, Naht der Serosa. Danach erscheint an einer kleinen Öffnung des Tumors stinkender Eiter und Haare. Er ist ein erweitertes Dermoid und enthält, wie die Percussion ergiebt, auch Luft. In seiner unteren Hälfte ist er breit mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Scharf und stumpf wird er allmählich freigemacht, reisst dabei in grosser Ausdehnung ein Die ganze Eitermenge entleert sich; so gut wie möglich wird die Bauchhöhle dagegen geschützt. Der grössere Teil des Tumors

welcher von den linken Adnexen ausgeht, lässt sich mit 2 Ligaturen vom lig. latum abbinden, der kleinere Teil stumpf von der vorderen Bauchwand abschälen. Eine stark entzündlich verdickte Peritonealplatte von etwa Handtellergrösse, aus der der Tumor ausgelöst ist, wird zurückgelassen, weil auf ihr Darmschlingen fest adhaerent sind. Naht des Peritoneums und der Fascie mit fortlaufendem Catgut. Knopfnaht der Bauchdecken. Operationsdauer 65 Min. Abends Temp. 38,6, Puls 112, 11. X. morgens Temp. 37,8, Puls 120; abends Temperatur 39,4, Puls 160, 12. X. Exitus.

Die Section ergiebt: Jauchige Peritonitis (nach Exstirpation einer rupturirten Dermoidcyste). Schwielige Adhaesionen und Fehlen der linken Adnexe. Septischer Milztumor und septische Nephritis parenchymatosa.

Kindskopfgrosser Tumor mit unregelmässiger, von getrennten Adhaesionen vielfach zerfetzter Wand. Sie ist dick und an ihr verläuft die Tube. Inhalt eitrig stinkend, enthält Ballen von Haaren. Der Tumor gehört der linken Seite an.

Fall VIII.

Wilhelmine Sch. Böttchersfrau 45 Jahre alt. I Menses mit 16 Jahren, dann regelmässig bis gegen Ende der zwanziger Jahre alle vier Wochen, von fünftägiger Dauer, stark, mit heftigen Leib- und Kreuzschmerzen In späteren Jahren, besonders seit ihrer Verheiratung ist die Menstruation unregelmässig. Januar und Februar 99 Ausbleiben der Menstruation. Letzte Regel 8. Juli. Kein Partus, kein Abort. Seit einem Jahre sind die

Menses stets unregelmässiger geworden, sind manchmal acht Tage nach dem letzten Aufhören wiedergekehrt, um dann vier Wochen anzuhalten, hätten ein anderes Mal vier bis sechs Wochen ausgesetzt, um dann wieder allerdings mit mächtiger Stärke aber nur fünf Tage lang wiederzukehren und zwar so, dass bei jedem Hustenstoss das Blut herausstürzte. Gegen die vier Wochen lang anhaltenden, mehr schwachen, fleischfarbenen Blutungen bekam Patientin von einem Arzt Tropfen, die geholfen haben sollen. Ende Juni empfand Patientin plötzlich einen ruckartigen Schmerz im Leibe, dass sie auf einen Stuhl zusammenbrach. Darnach bekam Patientin auch Schmerzen beim Urinlassen, manchmal konnte der Urin kaum tropfenweise entleert werden. Patientin will damals auch Kopfschmerzen und Fieber gehabt haben. Der Leib war auf Berührung schmerzhaft. Nach einem Umschlag hätten die Beschwerden nachgelassen. Auf Anraten eines Arztes Untersuchung in der Klinik am 1./VII., woselbst zunächst die Diagnose auf Haematocele retrouterina, dann auf cystischen Ovarialtumor gestellt wurde. Eine vorgenommene Punction ergab einen dicken, eiterartigen, etwas rötlich gefärbten Inhalt. — 22./VII.: Entlassung mit dem Hinweis, bei Steigerung der Beschwerden zur Operation wiederzukommen. Seitdem hat Patientin öfter die Empfindung gehabt, als ob im Leibe von unten her ein Druck auf den Magen bestände, der immer stärker würde.

Status praesens am 20. X. 99. Leib mässig vorgewölbt; sehr starke Bauchdecken, kein Ascites. Scheide von mittlerer Weite; Uterus liegt anteponiert,

dicht an die Symphyse gedrängt etwas nach rechts. Von aussen sind seine Kontouren nicht deutlich palpabel. Portio ganz kurz, schwer erreichbar. Das hintere Scheidengewölbe ist stark vorgewölbt durch einen cystischen, gut kindskopfgrossen Tumor, dessen obere Grenze ungefähr zwischen Nabel und obern Symphysenrand steht. Urinentleerung normal.

Operation am 11. XI. 99. Im Beginn der Chloroformnarkose Anfälle von Herzschwäche, daher Aether. Grosser bis an den Nabel reichender Schnitt. In der Tiefe der Aethernarkose wird die Atmung so unruhig, dass die Operation im Bauch unmöglich wird; deshalb wieder Chloroformnarkose. Im weitern Verlauf derselben regelmässige Herzaktion. Die Operation wird durch die dicken Bauchdecken und die immer wieder ins Operationsfeld sich werfenden Därme ausserordentlich erschwert, so dass ein Sichtbarmachen des Tumors und Auslösen desselben unter Kontrolle des Auges unmöglich ist. Es erscheint rechts vorne der vergrösserte Uterus, links hinter ihm die oberste Kuppe des sehr verwachsenen, scheinbar dem linken Ovarium angehörigen Tumors. Auf der linken Seite kann man zwischen Tumor und Beckenwand eindringen und ein Stück desselben stumpf ausschälen. Beim Versuche zwischen Uterus und Tumorwand rechts einzudringen rupturirt derselbe und entleert gelbgrüne, eitrige nicht übelriechende Massen, die wenigstens zur Hälfte sich über die Därme und den Bauch ergiessen. Der Tumor wird dann in seinen Fetzen ausgeschält und entfernt und mit einem Teil aus dem lig. latum ausgeschält.

Eine eigentliche Unterbindung von Gefässen ist weder am Uterus noch an der Beckenwand möglich. Grössere Blutung besteht nicht. Es fliesst hie und da aus den Ablösungsstellen des Tumors etwas Blut ab, aber an eine Verblutung ist nicht zu denken.

Die Wunde heilt primär.

15. XII. Scheideneingang ziemlich eng, Portio steht vorn dicht hinter der Symphyse. Uterus klein, liegt anteponiert. Den hintern Douglas füllt ein harter Tumor aus, der nach den Seiten sich fast bis an die Beckenwand verfolgen lässt und an die hintere Fläche des Uterus breit herantritt. Oberfläche des Tumors ziemlich glatt. Die Seitenkanten des Uterus sind ohne Druckempfindlichkeit. Bei der Rectaluntersuchung kann man den Tumor nach beiden Seiten bis zur Beckenwand fühlen. — Ichthyolglycerin, Priessnitz, Bettruhe.

20. XII. Patientin wird auf ihren eigenen Wunsch entlassen mit den nötigen therapeutischen Anweisungen (zwecks Resorption des Exsudats) und dem Rate sich nach $^1/_4$ Jahr wieder in der Klinik vorzustellen.

Der entleerte Cystensack besitzt eine weissrötliche, schwartig verdickte Wand. Vielfache zerfetzte Stellen von gelösten Adhäsionen herrührend.

Fall IX.

Frau v. E., 38 Jahre alt, stets regelmässig 4 bis 6tägig, ohne Schmerzen menstruiert. Seit Mai 99 verheiratet. Am 1. September 99 auf der Strasse von Schüttelfrost, Unwohlsein und Schwächeempfindungen befallen. In der Nacht darauf wieder Schüttelfrost; drei

Wochen fieberhaft, doch fehlen genaue Beobachtungen darüber. Währenddessen zuweilen Schmerzen in der linken Seite, die allmählich verschwanden. In letzter Zeit sind sie wieder zur Zeit des Fiebers hervorgetreten. Im September Stuhlverhaltung und Stenosenerscheinungen, sowie Aufgetriebensein des Leibes. Behandlung mit Darmentleerungen; für Wasser scheinbar freie Passage. Allmähliche Abnahme des Kräftezustandes.

Status praesens am 29. XI. 99. Introitus und Vagina eng. Uterus etwas anteponiert. Links und nach vorn von ihm liegt ein gut gänseeigrosser, etwas beweglicher Tumor, druckempfindlich und ohne Contour. Rechts und hinten hinter dem Uterus diffusere Massen, die alle rundlich, knollig und etwas empfindlich sind, namentlich die Massen hinter dem Uterus. Per Rectum fühlt man, dass dieselben ungefähr in der Höhe der Kohlrauschschen Falte das Rectum einbiegen.

Diagnose: Entzündliche Tumoren.

Therapie: Bettruhe, Priessnitz, Ichthyolglycerin.

18. XII. 99. Linksseitiger Tumor nicht mehr nachweisbar, Tumoren rechts und hinter dem Uterus sind härter geworden, nicht druckempfindlich.

Die nun in der Privatklinik des Herrn Professor Winter sorgfältig aufgenommene Fiebercurve lässt deutlich erkennen, dass trotz der Behandlung ein Eiterherd fortbesteht. Denn bis zum März 1900 befindet sich Pat. täglich in einem Zustand remittirenden Fiebers, das zwischen 36,5°, 37,0°, 37,5°, morgens bis 38,5°, 39,0°, 39,5° abends schwankt.

Operation am 8. III. 1900. Steile Hochlagerung

Nach Eröffnung des Bauches erscheint in der Gegend der rechten Adnexe ein circa faustgrosser Ovarialtumor, retroligamentär, vom verdickten lig. latum bedeckt und an seiner Kuppe von der aus den Exsudatmassen nicht differenzirbaren Tube überzogen. Die Probepunktion des Tumors ergiebt gelblichen Eiter. Aspiration, zweimaliges Ausspülen mit Carbol mittels Aspirationsspritze, ohne dass dabei Eiter in die Bauchhöhle kommt. Die Flexura sigmoidea hat sich in die Ecke zwischen Tube und Uterus eingelegt und wird stumpf und scharf vorsichtig aus den Adhaesionen befreit; dabei erscheinen schmierig krümliche Massen. Die abgelöste Flexur, die eine circa Zweimarkstück grosse ebenfalls mit bröckligen Massen bedeckte Stelle zeigt, wird durch eine ortlaufende Catgutnaht geschlossen. Darauf wird der Ovarialtumor von seinen Verwachsungen gelöst, vom lig. infundibulo-pelvicum abgebunden und das ihn bedeckende lig. latum umschnitten. Dann lässt sich der Tumor stumpf ausschälen, ohne dass er selbst platzt. Es bleibt am Uterushorn zunächst eine circa gänseeigrosse Gewebsverdickung zurück, die aus Tube und lig. latum besteht. Dieselbe wird abgetragen, 1 Umstechung dabei gemacht. Am rechten lig. latum bleibt eine infiltrierte, eitrige Stelle zurück, die dadurch ausgeschaltet wird, dass der Rest des lig. infundibulopelvicum mit dieser Stelle vernäht wird. Linke Adnexe infiltriert, aber eine Erkrankung der Tube nicht nachweisbar. Ovarien von normaler Grösse. Bei der Fascien- und Hautnaht bleibt der unterste Teil derselben offen. Durch diese Oeffnung wird ein Streifen

steriler Gaze in die zwischeu Peritoneum und Fascie gelegene, ca. gänseeigrosse Höhle geführt zwecks Drainage, um einen Abscess zu vermeiden. Operationsdauer 60 Min.

Die ersten Tage nach der Operation ist die Abendtemperatur etwas hoch, 39,8, trotzdem gutes subjectives Befinden. Kein Erbrechen, keine Narcotica, Nahrungsaufnahme per rectum (Weinclystiere), Stuhl und Urin spontan.

13. III. ca. erbsengrosser Decubitus; täglicher Verband mit unguent. zinci.

15. III. Gute Nahrungsaufnahme per os: Milch, Haferschleim, Bouillon, Ei in Wein, Caviar, Stuhl spontan.

18. III. Verbandwechsel, teilweise Entfernung der Fäden, Entfernung des eingeführten Gazestreifens nicht völlig möglich. Wunde bis auf die offen gelassene Stelle per primam geheilt. Nur geringer Stuhlgang, der in den nächsten Tagen trotz Wasserklystiere fast garnicht erfolgt.

22./III. Entfernung der letzten Fäden Wechsel des Gazestreifens, Kurellasches Brustpulver.

23./III. Nach einem Oelklystier von 300 gr. erfolgt reichlicher Stuhlgang.

28./III. Decubitus geheit.

Die Reconvalescenz verläuft weiter ohne Störungen. Patientin erholt sich schnell bei ausgewählter Ernährung. Die Darmstenosenerscheinungen, die anfangs vorhanden sind und sich äussern in peristaltischen Schmerzen bei Obstipation, gehen allmählich ganz zurück. Es wird

jeden zweiten Tag ein Abführmittel gegeben. Schliesslich erfolgt täglich weicher Stuhlgang spontan.

27./IV. Entlassung.

Der grössere, etwa gänseeigrosse Tumor, an dem zwei Partieen, eine mehr runde und eine mehr wurstförmige abzugrenzen sind, besitzt eine zerfetzte Oberfläche. Auf dem Durchschnitt in dem rundlichen Teil eine mit Eiter gefüllte, von fetzigen Membranen durchzogene Höhle. Der mehr wurstförmige Teil zeigt verschiedene mit Eiter gefüllte Höhlungen.

Der zweite hühnereigrosse Tumor, länglich, von zerfetzter Oberfläche, zeigt auf dem Durchschnitt ebenfalls mehrere rundliche, mit Eiter gefüllte Höhlungen.

Mikroscopisch ergiebt der Eiter zahlreiche Stäbchen, feine Streptococcen. — Culturell ist er steril.

Auf Querschnitten durch die Wand der Tumoren findet man mikroscopisch Ovarialstroma mit spindelförmigen Zellen, das jedoch von nekrotischen Partieen durchsetzt ist. An der Innenwand sieht man nekrotisches Gewebe, daran schliessen sich Infiltrationen mit Rundzellen an. Vom Epithel ist nichts vorhanden, so dass die Abstammung des Tumors nicht ersichtlich ist. Infolgedessen ist es zunächst nicht sicher, ob es sich um primaere Follikelcysten, die vereitert sind, oder um eitrige Einschmelzung normalen Ovarialstromas handelt. Jedenfalls trifft aber das letzte zu, da sich an verschiedenen Stellen Bindegewebsstränge in das nekrotische Gewebe hinein erstrecken.

Fall X.

Bertha F., Kaufmannsfrau, 25 Jahre alt. I. Menses mit 16 Jahren, seitdem regelmässig, vierwöchentlich, 4—8tägig ohne Schmerzen menstruiert. Letzte Menstruation vor drei Wochen. Patientin ist seit Mai 97 verheiratet, keine Geburt, kein Abort. Vom November 1899 ab wurde Patientin vom Arzt als magenkrank behandelt, sie litt an Schmerzen in der Magengegend, häufig an grosser Hitze und Kopfschmerzen. Trotz der Behandlung (Eisblase auf den Leib und Abführmittel) litt Patientin weiter und kam sehr herunter. Keine innere Untersuchung. Vor 14 Tagen am Abend etwa 2 Stunden lang Schüttelfrost, seitdem täglich. Vor vier Tagen suchte Patientin einen anderen Arzt auf, der sie innerlich untersuchte, ein Gewächs konstatierte und sie deswegen nach der Klinik schickte. Temperaturmessungen nie vorgenommen. Weisser Fluss schon vor der Hochzeit.

Status praesens am 10. III. 1900. Introitus und Vagina von mittlerer Weite, Uterus dextroponiert, von normaler Grösse. Links vom Uterus fühlt man einen kindskopfgrossen Tumor, der mit einem Teile ins kleine Becken ragt, mit dem Uterus in breiter Verbindung steht, von glatter Oberfläche und cystischer Consistenz ist. Keine Beweglichkeit.

Diagnose: Vereiterter linksseitiger Ovarialtumor.

Operation am 17. III. 1900. Hochlagerung. Schnitt von der Symphyse bis etwas über den Nabel. Fast kindskopfgrosser Tumor stellt sich, der von dem

Netz überlagert ist, dessen Zipfel in der Excavatio-vesico-uterina adhaerent sind. Teils stumpfe Lösung, teils Abbinden. Der Tumor geht von den linken Adnexen aus, gehört grösstenteils dem Ovarium an, welches von beiden verdickten Ligamentplatten überzogen ist. Der Uterus liegt rechts an der Beckenwand. Probepunction entleert Eiter. Aspiration von 350 gr übelriechenden Eiters. Zweimaliges Ausspülen des Sackes mit 3 % iger Carbollösung. Der nach Entleerung seines Inhalts collabierte Tumor lässt sich bequem hervorziehen. Auch an seiner hintern Fläche Adhäsionen mit dem Netz und unten an seiner Basis sehr breite und feste Adhäsionen mit der linken Uteruswand, Darm und Peritoneum parietale.

Scharfe und grösstenteils stumpfe Lösung dieser Adhäsionen. Dabei platzt ein Abscess in der Schwarte, die der Tumorwand anliegt; etwas von dem Inhalt entleert sich in die Nachbarschaft. Der Tumor wird dann freigemacht und am lig. latum in drei Partieen abgebunden. Dasselbe ist sehr blutreich und erfordert mehrere Umstechungen. Die an der Basis zurückbleibenden infiltrierten Schwarten und ein Stück Abscessmembran werden mit dem Pacquelin verschorft. Dann wird unter Retroposition des Uterus der Rest des lig. latum mit dem Peritoneum der Flexura sigmoidea vernäht, so dass das verschorfte Bett des Tumors vollständig aus der Peritonealhöhle ausgeschaltet wird. Die rechten Adnexe zeigen eine etwas infiltrirte aber offene Tube und vielfache Verwachsungen zwischen Ovarium und Tube. Scharfe Trennung derselben. Die Adnexe

bleiben aber zurück. In den vorhin beschriebenen abgekapselten Raum wird ein Stück Jodoformgaze gelegt und zum untersten Teil der Wunde herausgeleitet. Operationsdauer 60 Min.

17.—18./III. Kleiner Puls, daher keine Narkotica Pat. sieht anaemisch aus; Schmerzen im Abdomen, Urin spontan.

In der folgenden Nacht 2 mal Erbrechen, Leib flach aber druckempfindlich. Die nächsten Tage kein Erbrechen, kein Meteorismus. Vorsichtiges Zuführen eiskalter Milch und eiskalten Weines, ferner Nährklystiere.

22./III. Verbandwechsel, Entfernung des eingelegten Gazestreifens, der ebenso wie der Verband mit brauner stinkender Flüssigkeit durchtränkt ist.

23./III. Es stellt sich Husten mit schwerer Expectoration ein, dabei Schmerzen im Leib; es wird ein Expectorans verabfolgt.

24./III. Husten geringer, der durchtränkte Verband wird erneuert.

25./III. Aus der offen gelassenen Wundstelle entleeren sich auf leichten Druck grosse Mengen ausserordentlich übelriechender, brauner Flüssigkeit. Verband täglich erneuert.

2./IV. Herausnahme der Seidenfäden, die untern begannen bereits durchzuschneiden.

6./IV. Spontaner Durchbruch aus der vierten Nahtstelle von unten. Drainage durch die beiden Wundöffnungen; reichliche eitrige Sekretion. Tägliches einmaliges Durchspülen des Wundkanals mit 3 % Carbol-

lösung. Derselbe liegt dicht unter der Haut, sein Boden scheint die Muskelfascie zu sein.

13./IV. Eiterung hat aufgehört, nur Wundsekret fliesst ab. Compressionsverband, der jeden 3. Tag gewechselt wird.

28./IV. Die Wunde ist bis auf einen kleinen granulierenden Hautdefekt geschlossen. Der Uterus liegt retroponiert, etwas nach links verlagert, fixiert. Von einem Exsudat oder Resten einer solchen ist nichts zu fühlen.

Der exstirpirte Tumor ist etwa kindskopfgross, von unregelmässiger Form. Die Wandung ist dickschwartig, von rötlicher Farbe. Am Tumor verläuft die fingerdicke Tube in einer Länge von 15 cm. Sie lässt auf dem Durchschnitt das erweiterte Lumen erkennen, aus dem sich Blut und Eiter ausdrüken lässt. Der Tumor selbst besteht aus einer einkammrigen Cyste, die mit gelbem, sehr übelriechendem Eiter erfüllt ist. Derselbe enthält mikroskopisch sehr vereinzelte Diplokoccen. Culturell: steril.

Schnittpräparate zeigen folgendes mikroskopische Bild: Das Epithel der Tube ist vollständig nekrotisch, die Wand ist entzündlich verdickt und stark mit Eiter- und Rundzellen infiltrirt. Das Lumen ist, wie schon makroskopisch erkennbar, mit Eiter und Blutmassen ausgefüllt.

Das Epithel der einkammrigen Cyste ist ebenfalls nekrotisiert. An das nekrotische Gewebe schliessen sich Rundzelleninfiltrationen und dann normales Ovarialtroma mit spindelförmigen Zellen an.

Fall XI.

Amalie H., Schaffnersfrau, 35 Jahre alt. I. Regel mit 15 Jahren, dann regelmässig alle 4 Wochen, 5-tägig, ziemlich stark, mit Schmerzen im Unterleib am ersten Tag menstruiert. Letzte Regel 24. April 1900. Seit 12 Jahren verheiratet, VIII Partus, alle leicht, ohne Kunsthülfe, lebende Kinder, von denen 3 im ersten Lebensjahre starben. Wochenbett dauerte 4–5 Tage, stets fieberfrei. Letzter Partus März 97; danach drei Aborte von je 6 Wochen, der letzte am 11./VI. 1900. Bis vor 3 Wochen fühlte sich Pat. völlig gesund, die Menstruation war stets in Ordnung geblieben. Am 24. Mai blieb dieselbe aus, jedoch hatte Pat. dieselben Kreuzschmerzen und ein unbestimmtes Gefühl im Unterleib, wie sie sich sonst am ersten Tage der Regel einzustellen pflegten. Die Schmerzen liessen aber nicht nach und wurden besonders stark in den ersten Tagen des Juni. Am 11./VI. bekam Pat. plötzlichen Drang wie zum Urinlassen, wobei grosse Stücke geronnenen Blutes und eine handtellergrosse, rötliche Haut abgingen. Die hinzugerufene Hebamme tamponierte mit Watte, die nach einigen Stunden von selbst mit geringer Menge Blut ausgestossen wurde. Die Blutung dauerte 3 Tage, war aber gering. Am vierten Tage konstatierte ein zu Rate gezogener Arzt falsche Lage der Gebärmutter und schickte Pat. nach der Klinik. Zur Zeit klagt Pat. über beständige schneidende Schmerzen in beiden Seiten des Leibes, besonders links, sowie über Kreuzschmerzen und zeitweise auch spickenden Schmerz beim Urinlassen.

Status praesens am 21./VI 1900. Ziemlich elende, abgemagerte Pat. Scheide mässig weit, sehr weich, succulent. Portio in der Mittellinie, vordere Muttermundslippe ektropioniert. Pulsierende Scheidenarterien. Uterus rechts und vorne ist vergrössert, nicht sonderlich aufgelockert. Rechts an seinem Horn setzt setzt sich ein etwas knolliger Körper an. Hinter dem Uterus und etwas nach links von ihm ein über faustgrosser Tumor, im obern Teil deutlich cystisch, nach links hin fester, im ganzen mässig beweglich, etwas druckempfindlich. Aus den Genitalien blutig-schleimiger Abgang. Urin klar, eiweissfrei. Temp. 37,6. Puls 108.

Operation am 28./VI. 1900. Eröffnung der Bauchhöhle in Aethernarkose und bei steiler Beckenhochlagerung. Es stellt sich zunächst oberhalb der Symphyse die Kuppe eines weissrötlich erscheinenden Tumors ein, welcher in die linke Tube übergeht und an dessen vorderer Peripherie hochgezogen das lig. rotundum verläuft. Der Fundus uteri liegt rechts vorne, hinter dem horizontalen Schambeinast, rechts von ihm einige dünnwandige peritoneale Adhaesionscysten. Der Tumor geht von den linken Adnexen aus und erweist sich als retroligamentär gelegen und in ganzer Ausdehnung mit der hinteren Platte des lig. latum und der hinteren Wand des Uterus und mit dem Peritoneum parietale der linken Beckenwand verwachsen. Er wird stumpf aus den Verwachsungen befreit, was am Boden des Douglas wegen Festigkeit nicht gelingt. Deshalb wird, um ihn frei zu bekommen, der Stiel des lig. latum sowie des lig. infundibulo-pelvicum zunächst abgebunden. Alles Gewebe

welches durchtrennt wird, erscheint succulent, reich an Blutgefässen, wie in der Nähe von entzündlichen Tumoren Der Tumor lässt sich nun besser herausheben, und nachdem die festen Adhaesionen am Douglas durchtrennt sind, vollständig herausholen. Im letzten Moment fliesst eine ganz kleine Quantität dünn-serösen Eiters aus, von dem eine Spur in die Bauchhöhle kommt. Die rechten Adnexe zeigen keine Organveränderung, sind aber durch Adhaesionen miteinander verbunden. Ein Netzzipfel wird stumpf vom Boden des Douglassschen Raumes abgetrennt. Organverletzungen lassen sich nicht nachweisen Genaue Versorgung des linken lig. infundibulo-pelvicum. Sonst keine Blutung. Bauchdeckennath in drei Etagen. Operationsdauer 41 Min.

4./VII Wegen drohenden Collapses, fortdauernd hohen Pulses werden vom Tag der Operation bis heute zuerst stündlich, dann zweistündlich Campherinjectionen (im ganzen 78) verabfolgt. Heute Befinden auch subjektiv wesentlich gebessert. Campher bleibt fort.

9./VII. Entfernung der Fäden. Wunde primär geheilt, bis auf den untern Wundwinkel, aus dem sich etwas gelblich-seröse Flüssigkeit entleert

18./VII. Vollständige Heilung. Pat. steht bereits auf.

Der exstirpierte Tumor ist kindskopfgross, ohne serösen Ueberzug, doch mit vielen Adhaesionen. Er besteht aus einer einkammrigen, Eiter enthaltenden Cyste. Die Wandungen sind stark verdickt, die Innenflächen derselben sind schmierig belegt Die Tube ist fingerdick und ihr abdominales Ende mit der Wand des

Tumors verwachsen, so dass die Fimbrien in das Lumen der Cyste hineinsehen und ebenfalls von dem Vereiterungsprosess ergriffen sind.

Mikroscopisch sieht man an der Innenfläche eine eitrig-nekrotische Membran, weiterhin in der Wand Nekrosen und Rundzelleninfiltrationen. Das Epithel der entzündlich verdickten Tube ist ebenfalls nekrotisch.

Der Eiter enthält Staphylococcen und Diplococcen.

Forschen wir nun an der Hand der vorliegenden Krankengeschichten nach der Aetiologie der Vereiterung der Ovrialtumoren, so finden wir nach den Grundsätzen, die Mangold aufgestellt hat, folgendes:

In 2 Fällen (4 u. 5) dürfte wohl das Puerperium als aetiologisches Moment in Betracht zu ziehen sein. Bei Frau Anna T. (Fall 5) wurde am Tage nach der Geburt vom Arzt eine Geschwulst im Leibe konstatiert, die ihr bisher keine Beschwerden gemacht, von deren Existenz sie garnichts gewusst hatte. Nach der Geburt stellte sich nun Fieber ein. Pat. musste seitdem wegen andauernder Schwäche grösstenteils das Bett hüten und 3 Wochen nach der Entbindung traten 2 Tage lang starke Schmerzen im Leibe auf.

Desgleichen lässt sich bei Frau Sch. (Fall 4) die Aetiologie der Vereiterung mit Wahrscheinlichkeit auf das erste Puerperium zurückführen, das von Fieber begleitet war. Die nachfolgenden Schwangerschaften kommen hierbei insofern in Betracht, als der Leib, dessen Stärkerwerden zuerst 10 Monate nach der zweiten Geburt bemerkt wurde, nach jeder weitern Schwangerschaft an Umfang zugenommen habe.

Bei Frau H. (Fall 11) ist das aetiologische Moment nicht so klar ersichtlich. Pat. fühlte sich bis 3 Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik vollkommen gesund, erst von dieser Zeit an datieren ihre Beschwerden. Am 24. Mai blieb die erwartete Regel aus, jedoch hatte Pat. dieselben Kreuzschmerzen und ein unbestimmtes Gefühl im Unterleib, wie sie sich sonst am ersten Tage der Regel einzustellen pflegten. Nun liessen aber die Schmerzen nicht mehr nach, sondern nahmen vielmehr an Stärke zu, bis am 11. Juni unter plötzlichem Drang wie zum Urinlassen grosse Stücke geronnenen Blutes und eine handtellergrosse rötliche Haut abgingen. Ständige schneidende Schmerzen in beiden Seiten, besonders links; Kreuzschmerzen und zeitweise spickende Schmerzen beim Urinlassen blieben fortan weiterbestehen. Ob man hier als aetiologisches Moment die neu beginnende Schwangerschaft anzusehen hat, oder infolge der starken Schmerzen an eine Stieltorsion denken soll, ist zweifelhaft. Die Stieltorsion an sich ist für gewöhnlich nicht direkt für eine Vereiterung der Ovarialtumoren verantwortlich zu machen, wie Mangold mit Recht behauptet. Da es aber im Anschluss an eine Stieltorsion meistens zu einer ausgedehnten Peritonitis und damit zu allgemeinen Verwachsungen des Tumors mit der Bauchwand, dem Netz, den Darmschlingen kommt, — Oeshausen behauptet sogar, dass „fast alle wirklich ausgedehnten Verwachsungen mit Darmschlingen sich als durch Stieltorsion bedingt erweisen," — so ist es leicht verständlich, dass als Folge der meist sehr innigen Darmadhaesionen eine Verjauchung des Cysteninhalts

eintritt. Somit kann mann dann also wohl indirekt die Stieltorsion als Ursache für die Verjauchung von Ovarialcysten hinstellen. Von diesem Standpunkte aus betrachtet dürfte auch in einigen der von mir angeführten Fälle (1, 6, 7 und 8) eine Stieltorsion als Aetiologie anzunehmen sein.

Besonders in Fall 1, 7 u. 8 ist das Hauptsymptom der Stieltorsion, plötzlich eintretender Schmerz vorherrschend.

Im Falle 1 empfand Patientin bei der Arbeit heftigen Schmerz im Unterleib, der sie zwang, 8 Tage das Bett zu hüten, doch auch später, teils schwächer, teils sehr stark bestehen blieb. Dabei war die Temperatur der Patientin fieberhaft. In Fall 8 lässt sich die bereits eingetretene Peritionitis aus der Anamnese konstatieren; ausser Fieber und Kopfschmerzen ist auch Schmerhaftigkeit des Abdomens auf Berührung erwähnt.

Ebenso acut traten bei Frau P. (Fall 6) die Beschwerden ein. Freilich ist hier ein plötzlicher Schmerzanfall nicht das Hervortretende, sondern vielmehr die Zeichen einer plötzlich eingetretenen Peritonitis Patientin erkrankte zuerst einmal unter Fieber, linksseitigen Leibschmerzen und Erbrechen; nachdem diese Beschwerden unter ärztlicher Behandlung verschwunden waren, ein zweites Mal nach einer Erkältung mit starken linksseitigen Leibschmerzen, Kreuz- und Kopfschmerzen, die nun nicht wieder aufhörten.

In den übrigen Fällen (2, 3, 9 und 10) ist die Aetiologie sehr unklar. Ob im Falle 3 das Curettement,

also ein mechanischer Insult die Veranlassung gewesen ist, geht aus der Krankengeschichte nicht hervor.

Frau v. E. (Fall 9) wurde plötzlich von Schüttelfrost, Unwohlsein, und Schwächeempfinden befallen, dazu gesellten sich Obstipation, Stenosenerscheinungen und Meteorismus bei anhaltendem Fieber und zuweilen Schmerzen in der linken Seite.

In Fall 2 und 10 findet sich überhaupt kein Anhaltspunkt für die Ursache der Vereiterung, nur zeigt in Fall 2 der Eiterabgang aus dem Rectum, dass eine Verklebung des Tumors mit dem Darm stattgefunden hat.

Bevor wir uns nun zur Besprechung der Symptomatologie vereiterter Ovarialtumoren wenden, wollen wir zunächst in aller Kürze sehen, welche Symptome einfache Ovarialtumoren ohne Complication mit Vereiterung hervorrufen.

Der grösste Teil einfacher Ovarialtumoren verursacht längere Zeit überhaupt keine Beschwerden, so dass dieselben häufig nur zufällig oder beim Wachsen durch die Hervorwölbung der Bauchdecken erkannt werden. Treten dennoch Beschwerden auf, so sind es zunächst erschwertes Urinieren, auch Schmerzen dabei und Stuhlverstopfung. Seltener sind Kreuzschmerzen und Schmerzen im Unterleib. Menstruationsstörungen sind inconstant. Bei sehr grossen Tumoren treten dann freilich auch Störungen der Magenfunction durch den Druck von unten her auf, sodass dann mangelhafte Ernährung und dadurch Abnahme der Kräfte eintritt. Kleinere Tumoren beschränken sich jedoch auf die vor-

her erwähnten Erscheinungen, wenn sie überhaupt welche hervorrufen.

Bei den vereiterten Ovarialtumoren treten neben diesen Beschwerden noch besonders hervorragende Symptome hinzu Das hauptsächlichste ist das meist acut auftretende Fieber, das bald den Charakter des hektischen anzunehmen pflegt. Auch in unsern Fällen begegnen wir fast überall diesem Symptom. Besonders typisch ist es in Fall 9. Die Beschwerden beginnen mit Schüttelfrost, der sich in der nächsten Nacht wiederholt. Darauf ist Pat. stets fieberhaft, worüber in der ersten Zeit allerdings genauere Beobachtungen fehlen. Erst in der klinischen Behandlung werden dieselben angestellt und nun zeigt sich das typische remittirende Fieber, wie es bei Eiterungen aufzutreten pflegt, von 36,5°, 37,0°, 37,5° morgens bis 38.5°, 39,0°, 39,5° abends. Dasselbe hält trotz der Behandlung — Bettruhe, Prissnitz, Ichthyolglycerin — bis zur Operation, also circa 3 Monate ununterbrochen an. Aehnlich verhält es sich auch in den andern Fällen, doch fehlt meist eine längere Beobachtung.

Ein weiteres Symptom in dem Krankheitsbild vereiterter Ovarialtumoren ist das stark gestörte Allgemeinbefinden. Durch die fortgesetzte Eiterung tritt selbst bei kleinen Tumoren ein stetig fortschreitender Kräfteverfall ein. Der Körper kommt hochgradig herunter, da auch der Appetit meist sehr mangelhaft ist, sodass die Kranken bei fortbestehender Eiterung in Gefahr stehen, marastisch zu Grunde zu gehen.

In Fall 3 hatte sich das Allgemeinbefinden bereits so sehr verschlechtert, dass trotz der bestehenden Peri-

tonitis als einzige Möglichkeit der Rettung die Operation gemacht, d. h. der Eiterherd beseitigt werden musste. Desgleichen sehen wir auch in den Fällen 1, 4, 5 und 9—11, dass die Kranken über Schwächegefühl und allmähliche Abnahme der Kräfte zu klagen haben. Frau Anna T. (Fall 5) kam wegen andauernder Schwäche so sehr herunter, dass sie grösstenteils das Bett hüten musste.

Ein weiteres sehr wichtiges Symptom für die Vereiterung eines Ovarialtumors ist die Perforation desselben, sei es durch die Bauchdecken nach aussen, sei es in die Blase, oder in den Darm hinein. In Fall 2 und 4 haben wir dieses Symptom und zwar ist die Perforation in den Mastdarm erfolgt. Beide Patienten haben seit 2 bezw. $1^1/_4$ Jahren eitrigen Ausfluss per Rectum. Dieser Umstand erklärt wohl auch die verhältnismässig geringen übrigen Beschwerden dieser Kranken, da der Eiter einen, wenn auch nur sehr schwachen Abfluss besass, was ja gerade therapeutisch erstrebt wird.

Somit kommen wir nun zur Besprechung der Therapie vereiterter Ovarialtumoren. Mangold trennt hierbei die verjauchten und die vereiterten Ovarialkystome. Bei den durch saprophytische Infektion verjauchten spricht er sich ohne weiteres für eine operative Behandlung aus, sei es, dass sie in der Exstirpation des Tumors oder in breiter Incision, Einnähen der Cystenwand und gründlicher Reinigung des Sackes besteht, wobei auch das Fieber keine Contraindication biete, da dieses ja gerade dadurch meist beseitigt werde.

In den von ihm angeführten 30 Fällen wurde bei 20 die Ovariotomie vorgenommen, von denen 19 zur Heilung gelangten. Acht Fälle wurden durch Incision und antiseptische Nachbehandlung zur Heilung gebracht, während zwei bei dieser letzten Methode ad exitum gelangten. In einem Falle war zuerst eine Punction, dann eine Incision mit Einnähen des Cystensackes in die Bauchwunde gemacht werden. Dann, als die Fistel sich nicht schloss und die Schmerzen der Pat. nicht nachliessen, wurde zur Exstirpation geschritten und eine Heilung erzielt. In allen Fällen stellt die Incision grössere Ansprüche auf den Kräftezustand der Pat. Ist derselbe schon so weit gesunken, dass eine schnelle Consumption in Aussicht steht, so kann man nur durch schnelle und vollständige Entfernung des Jaucheherdes auf Genesung hoffen. Keith, der bisweilen verzweifelte, absolut hoffnungslos erscheinende Fälle durch die Ovariotomie zur Genesung gebracht hat, sagt dazu: Man muss solche Fälle erlebt haben, um die Möglichkeit der Genesung zu glauben. Somit dürfte die Exstirpation verjauchter Ovarialtumoren allen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen sein.

Bei der durch septische Infection entstandenen Vereiterung von Ovarialtumoren hält Mangold die Ovariotomie nicht so ohne weiteres für sofort indiciert. In den von ihm zusammengestellten 138 Fällen wurde 134 mal die Ovariotomie ausgeführt, wobei 44 Operationen letal endeten und 90 Patientinnen Genesung erlangten. Von den übrigen 4 Fällen starben zwei nach vorangegangener Punction, einer wurde per

vaginam punctiert und gelangte zur Heilung. Im vierten Fall wurde wegen der totalen Adhaerenz des Tumors mit der Bauchwand einfache Spaltung gemacht und drainiert. Nach 6 Wochen wurde diese Patientin mit gebessertem Allgemeinbefinden aber mit einer Fistel entlassen.

Die Mortalität der Ovariotomierten beläuft sich darnach allerdings auf 32 %, doch ist dabei zu berücksichtigen, dass sich darunter auch Operationen aus der vorantiseptischen Zeit befinden. Wie nun Mangold weiter ausführt ist bisweilen gerade durch die Operation der schlummernde und im Uebergang zur Heilung begriffene septische Prozess aufs neue angeregt worden und die betreffenden Patientinnen sind der durch die Operation herbeigeführten fulminanten septischen Peritonitis erlegen. Daher empfiehlt er mit Recht Vorsicht in der Wahl des Zeitpunktes der Operation, giebt aber doch zu, dass die Exstirpation der vereiterten Tumoren nicht zu umgehen ist.

Betrachten wir nun den Erfolg unserer Fälle, so sehen wir, dass 9 mal die Heilung gut von statten ging und die Kranken vollständig von ihren Beschwerden befreit entlassen werden konnten. In zwei Fällen (5 u. 7) trat der exitus letalis ein.

Fehlt es also bei der Exstirpation vereiterter Ovarialtumoren auch nicht an letalen Ausgängen, so muss man sich doch sagen, dass bei den andern Behandlungsmethoden — Punction, Incision — durchaus keine günstigeren Resultate erzielt werden, wie die wenigen von Mangold angeführten Fälle zeigen. Im Gegenteil'

sie belästigen die Pat. weit mehr, stellen, wie bereits früher gesagt, an deren Kräftezustand grössere Ansprüche und sind daher in vorgeschrittenen Fällen überhaupt nicht anwendbar.

Somit ist wohl die Behauptung gerechtfertigt, dass bei vereiterten resp. verjauchten Ovarialtumoren die Exstirpation derselben die zweckmässigste Behandlungsmethode ist.

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Winter für die freundliche Ueberweisung dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Hense für die liebenswürdige Unterweisung bei Anfertigung der mikroskopischen Präparate meinen besten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien. Deutsche Chirurg. Billroth-Luecke 1886.

Pfannenstiel: Die Erkrankungen der Ovarien. Veits Handbuch d. Gynäk. 1898 Bd. III. 1. T.

Jahresberichte für Gynaekologie und Geburtshilfe. — Frommel. Jahrgang 1895—1899.

Centralblatt für Gynaekologie. Jahrg. 1895—1899.

Mangold, G. A.: Ueber die Infection der Ovarialkystome. Inaug.-Diss. Basel 1895.

Veit: Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Freund, W. A: Beitrag zur Indication der Ovariotomie. Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie. Bd. II.

Thesen.

1. Bei vereiterten Ovarialtumoren ist die Exstirpation derselben die zweckmässigste Therapie.
2. Bei Trachom der Übergangsfalte ist die Excision derselben das rationellste Verfahren.

Lebenslauf.

Am 13. Mai 1874 wurde ich, Victor Albert Lauf als Sohn des verstorbenen Gutsbesitzers Albrecht Lauf und seiner Frau Louise geb. Cziborra in Jakunowken Kreis Angerburg geboren. Nachdem ich meinen ersten Unterricht in der Dorfschule zu Jakunowken empfangen hatte, besuchte ich bis Ostern 1892 das Städtische Progymnasium zu Lötzen und dann das Altstädtische-Gymnasium zu Königsberg, das ich Ostern 1895 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um mich dem medizinischen Studium zu widmen. Ostern 1897 bestand ich das Tentamen physicum, im Mai 1900 beendete ich das medizinische Staatsexamen und bestand am 31. Juli 1900 das Tentamen rigorosum.

Während meines Studiums hörte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

M. Askanazy, Berthold, Braun, Caspary, v. Eiselsberg, v. Esmarch, Falkenheim, Heisrath, Hermann, Hilbert, Jaffe, Kuhnt, Lange, Lichtheim, Lossen, Meschede, Nauwerk, Neumann, Pape, Podack †, Prutz, Samter, Schneider †, Schreiber, Stetter, Stieda, Weiss, Winter, Zander.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich meinen ergebensten Dank aus.